

定期予防接種実施依頼書交付申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

横 手 市 長 様

申請者(保護者)

住 所 横手市横山町1番1号

氏 名 横手 花子

秋田県外で予防接種を受けるため、依頼書の交付について申請します。

対象者	フリガナ	ヨコテ タロウ	生年月日	〇年〇月〇日
	氏名	横手 太郎		
	現住所	横手市横山町1番1号		
滞在先住所	〒 ▲▲-▲▲ △県△市△△1-2-3 条里次郎 様方 (電話番号 ▲▲-▲▲-▲▲)			
予防接種の種類	日中連絡の取れる番号を記入			
※〇をつけてください	<input type="radio"/>	ロタウイルス 1回目	Hib感染症 追加	水痘 2回目
		ロタウイルス 2回目	四種混合 1期初回(1回目)	日本脳炎 1期初回(1回目)
		ロタウイルス 3回目	四種混合 1期初回(2回目)	日本脳炎 1期初回(2回目)
	<input type="radio"/>	B型肝炎 1回目	四種混合 1期初回(3回目)	日本脳炎 1期追加
		B型肝炎 2回目	四種混合 1期追加	日本脳炎 2期
		B型肝炎 3回目	<input type="radio"/> 五種混合 1期初回(1回目)	二種混合
	<input type="radio"/>	小児用肺炎球菌 1回目	五種混合 1期初回(2回目)	ヒトパピローマウイルス 1回目
		小児用肺炎球菌 2回目	五種混合 1期初回(3回目)	ヒトパピローマウイルス 2回目
		小児用肺炎球菌 3回目	五種混合 1期初回追加	ヒトパピローマウイルス 3回目
		小児用肺炎球菌 追加	BCG	不活化ポリオ 初回(1回目)
		Hib感染症 1回目	麻しん風しん混合(MR) 1期	不活化ポリオ 初回(2回目)
		Hib感染症 2回目	麻しん風しん混合(MR) 2期	不活化ポリオ 初回(3回目)
	Hib感染症 3回目	水痘 1回目	不活化ポリオ 追加	
申請理由	1. 母親の出産等で、県外の他市区町村に長期にわたり里帰りするため。 2. 県外の病院へ入院しているため。 3. その他()			
依頼書宛先	1. 滞在先市区村長あて ※滞在先の市区町村が、接種依頼を受けることが可能かどうか確認してください。 2. 医療機関あて (医療機関名) (住 所 〒)			
依頼書送付先	1. 横手市住所 2. 滞在地住所 3. 滞在先自治体 ※滞在先自治体へ横手市から直接送付してよいか確認してください。 (担当部署名) (住 所 〒)			